FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mohamed HADJOUDJ

Né à La Goulette (Tunisie) le 15 août 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PÉRIGASTRITE LACUNAIRE DES GASTRO-ENTÉROSTOMISÉS

Président : M. GOSSET, *professeur*.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE. BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expériment[le]
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	LŒPER . . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Trop tôt enlevée à notre affection.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA GRAND'MÈRE

Madame LAMINE DJILANI

A MON PÈRE

SI YOUNES HADJOUDJ

Directeur du Protocole de S. A. le Bey de Tunis
Grand cordon du Nicham Iftikhar
Commandeur de la Légion d'Honneur

Trop faible hommage de mon affection.

A MON ONCLE

SI EL HADI DJILANI

Qui eut pour nous les bontés d'un père.

A MES SŒURS

A MON FRERE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE NOTRE REGRETTÉ MAITRE

Le Docteur ANDRÉ BERGÉ

Médecin de l'Hôpital Broussais

A qui nous devons le meilleur de notre initiation à la clinique.

A Monsieur le Professeur ANTONIN GOSSET

Grand Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière

Qui après nous avoir témoigné sa bienveillance, a bien voulu encore nous faire l'honneur de présider notr thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur PIERRE DELBET (Hôpital Necker, 1918-1919), Professeur de clinique chirurgiale.

M. le Docteur ENRIQUEZ (Hôpital de la Pitié, 1919-1920).

En témoignage de ma très profonde gratitude pour les incomparables enseignements cliniques qu'il nous prodigua.

M. le Professeur COUVELAIRE (Clinique Baudelocque, 1920-1921).

M. le Professeur SEBILEAU (Hôpital Lariboisière, 1922).

M. le Professeur LEGUEU (Hôpital Necker, 1922).

M. le Professeur DE LA PERSONNE (Hôpital de l'Hôtel-Dieu, 1922).

M. le Professeur CYRILLE JEANNIN (Hôpital de la Pitié, 1923).

M. le Professeur OMBREDANNE (Hôpital des Enfants-Malades).

M. le Docteur LESNÉ, médecin de l'Hôpital Trousseau.

M. le Docteur HUDELO, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

M. le Docteur MOUCHET, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

A

M. le Docteur RENÉ-A. GUTMANN, attaché médical de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

M. le Docteur GASTON DURAND, assistant de consultation à la Pitié.

M. le Docteur CARRIÉ.

A MON AMI

M. le Docteur JULES DAGONET

Médecin honoraire de l'Asile Saint-Anne
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de mon profond respect et de mon entier dévouement.

A Monsieur le Docteur BRUN

Chirurgien en chef de l'Hôpital Sadiki de Tunis
Officier de la Légion d'honneur

En sincère reconnaissance pour ses précieux encouragements.

A Monsieur le Docteur DINGUIZLI

Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Médecin de S. A. le Bey de Tunis
Officier de la Légion d'Honneur

En toute affection.

AVANT-PROPOS

Nous tenons, avant tout, à exprimer notre respectueuse gratitude à M. le Pr A. Gosset qui a bien voulu nous accorder l'hospitalité dans son admirable service où l'on trouve réunies, autour de la chirurgie, toutes les ressources modernes de la médecine et du laboratoire. Nous en avons largement profité en y puisant des observations cliniques complétées par des documents comportant aussi bien des examens radioscopiques que des radiographies en séries selon les techniques les plus récentes.

Ces observations et ces documents, nous les devons à l'obligeance de M. le Dr R.-A. Gutmann qui les a recueillis à la consultation de gastro-entérologie qu'il dirige dans le service de M. le Pr Gosset à l'Hospice de la Salpêtrière : il nous a inspiré le sujet de notre travail et guidé de ses précieux conseils. Qu'il nous permette, avant d'entrer dans notre sujet, de lui exprimer notre profonde et sincère reconnaissance.

Les radioscopies ont été faites par M. le Dr Ledoux-Lebard, chargé de cours, chef du service radio-

logique du service de M. le Pr Gosset et par son assistant M. le Dr Garcia-Calderon.

Les radiographies ont été faites par M. Puthomme, radiographe de la Salpêtrière.

Nous leur adressons nos vifs remerciements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA PÉRIGASTRITE LACUNAIRE

DES

GASTRO-ENTÉROSTOMISÉS

CHAPITRE PREMIER

La périgastrite lacunaire.

La gastro-entérostomie est une opération habituellement utilisée pour remédier aux sténoses du pylore organiques ou fonctionnelles, et selon M. le Pr Gosset, l'opération de choix pour mettre au repos et traiter les ulcères gastriques. Elle est devenue, avec les progrès de la technique, une intervention relativement bénigne. Ses suites sont le plus souvent parfaites et l'on constate une bonne évacuation du contenu gastrique par la bouche nouvellement créée. Mais dans d'autres cas, il peut survenir des complications.

Dans ce travail nous voulons étudier une complication spéciale, peu connue, qui a été signalée par le Dr R. A. Gutmann à la Société de gastro-entérologie (séance du 8 novembre 1926) et par MM. R. A. Gutmann et Jahiel dans la *Presse Médi-*

cale (20 nov. 1926). Ces auteurs ont proposé d'appeler cet état la *Périgastrite lacunaire des gastro-entérostomisés.*

C'est, disons-le tout de suite, un processus infectieux atténué parti de la bouche de G.-E. et évoluant autour d'elle en gênant son fonctionnement.

Voici d'abord quelques observations que nous avons recueillies, entre divers cas analogues, dans le service de M. le Pr A. Gosset, à la consultation de gastro-entérologie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

G... H., 55 ans. A été opéré le 14 janvier 1925 pour ulcus pylorique. A l'opération, on trouve un ulcus du pylore avec adhérences : gastro-entérostomie. Les suites opératoires sont bonnes et le malade va tout à fait bien pendant trois mois ; il ne souffre plus et reprend du poids.

En mars 1925 il recommence à avoir quelques troubles : alternative de constipation et de diarrhée, puis disparition de la diarrhée et apparition de pituites et de douleurs à l'épigastre. Il souffre même plus qu'avant la première intervention, maigrit et perd ses forces.

A l'examen on trouve un point douloureux abdominal situé dans une zone qui pourrait correspondre à la bouche de G.-E. Le ventre est souple et l'on ne sent nulle part de tumeur.

En présence de ces symptômes, on pense à la possibilité d'un ulcus peptique et on envoie le malade à la radioscopie qui donne les résultats suivants (Drs Ledoux-Lebard et Garcia-Calderon) :

Après ingestion opaque, on est frappé par *l'aspect de la grande courbure* qui semble *déprimée* et présente à l'endroit de l'anastomose *une concavité externe* au lieu de sa convexité normale. Le péristaltisme gastrique apparaît bien-

tôt et l'on assiste à des évacuations duodénales régulières et relativement rapides sans observer pendant toute la durée de l'examen le fonctionnement de la bouche.

Les radiographies en série viennent préciser l'aspect radioscopique (Fig. 1). Elles montrent *une perte de substance en demi-lune* dont la caractéristique capitale est d'avoir un *bord effrité, grignoté.* Rien dans ces images n'indique un ulcus peptique ; on a plutôt l'impression d'une réaction spéciale autour de la bouche de G. E. et, comme celle-ci ne fonctionne pas, on décide de réopérer le malade.

La deuxième intervention est faite en mai 1926 par M. le Dr Charrier dans le service de M. le Pr Gosset. En voici le compte rendu : « Estomac libre d'adhérences pariétales, mais *autour de la bouche* on trouve de *très nombreuses adhérences*, qui coudent les anses grêles; l'anse efférente est distendue. On libère les adhérences et par précaution on ouvre l'estomac ; *il n'y a pas d'ulcus peptique.* Le pylore est dur et rétréci (le petit doigt n'y passe pas) ; *on ne trouve plus trace de l'ancien ulcus.* Dans ces conditions, pour pallier aux inconvénients de nouvelles adhérences autour de la bouche,on fait une pyloroplastie large. »

En conclusion, il s'est agi *d'une pé igastrite plastique intense autour d'une ancienne G.-E. avec adhérences* multiples étranglant l'anastomose et empêchant son fonctionnement.

Les suites opératoires sont bonnes. Le malade est revu en décembre 1925 : il y a eu une amélioration très sensible ; pourtant à deux reprises le malade a eu des périodes de pituites et de vomissements. Depuis trois mois il se plaint de douleurs gastriques,tous les jours, le matin au réveil.Quinze

séances de diathermie améliorent considérablement cet état. Un nouvel examen radiologique est alors pratiqué : après le remplissage de l'estomac par le lait baryté, on voit bientôt se dessiner l'anse efférente sous forme d'une colonne opaque verticale, longue de 5 centimètre environ qui paraît, en examen frontal, s'implanter sur la grande courbure. Celle-ci présente toujours au niveau de l'anastomose un aspect concave à bords imprécis. Mais cet aspect change maintenant sous l'influence des mouvements inspiratoires qui, par moments, rendent à la grande courbure son contour régulier. La pression manuelle sur la paroi abdominale au niveau de l'anastomose exagère au contraire la concavité de la grande courbure et son aspect estompé. Le fonctionnement pylorique spontané immédiat est peu abondant, mais on peut par expression provoquer des évacuations plus copieuses.

En somme, après cette deuxième intervention les résultats sont les suivants : l'anastomose fonctionne mieux ; quant à la concavité de la grande courbure, elle persiste encore, mais il semble que les adhérences soient plus lâches, puisque les déformations qu'elles créent disparaissent sous certaines conditions de pression intra-gastrique. La pyloroplastie par ailleurs permet une évacuation pylorique relativement bonne.

Le malade a été revu en mars et octobre 1926, il ressent parfois quelques légères douleurs, mais il ne maigrit pas et peut s'alimenter normalement.

OBSERVATION II

M... Th., 40 ans. Opéré le 13 janvier 1926 pour ulcère du pylore. G.-E. post. Bonnes suites opératoires.

En septembre 1926, le malade recommence à souffrir dans le ventre : douleurs légères mal localisées mais avec prédominance dans les deux hypochondres et survenant quatre à cinq heures après les repas et durant une heure environ. Pas de vomissement, pas d'hématémèse, pas de mélœna. Les crises étaient irrégulières et avec intervalles de deux à trois jours d'accalmie. Le malade maigrit de 4 kilogrammes environ.

En octobre 1926, il est revu : la radioscopie (Ledoux-Lebard et G. Calderon) révèle un estomac volumineux en forme d'L dont la partie horizontale s'étend très à droite de la colonne vertébrale. Pas de liquide de rétention. L'anastomose est placée un peu au-dessus de la partie moyenne de l'estomac et on remarque à son niveau une *encoche profonde et large de la grande courbure*. L'anse anastomosée, bien visible surtout dans sa portion efférente, ne montre pas de déformation qui puisse être due à un ulcus. Pas de péristaltisme visible, pas d'évacuation pylorique pendant toute la durée de l'examen. Le fonctionnement de la bouche est bon. Les douleurs dont se plaint le malade se projettent au niveau de la bouche sous le rebord costal gauche.

Les radiographies en série ne donnent aucune image d'ulcus peptique ; elles montrent par contre au niveau de l'anastomose et en position oblique seulement, une *perte de*

substance en demi-lune. Cette encoche apparaît avec des *bords flous*, *effrités*, *grignotés*, caractéristiques de la périgastrite lacunaire.

La bouche de G.-E. fonctionnant bien, le malade est remis au régime et envoyé à la diathermie qui améliore nettement son état.

En résumé, il apparaît manifestement que les troubles dont se plaint le malade, sont en relation avec le processus dont l'image lacunaire décrite plus haut est la marque.

CHAPITRE II

Etude clinique de la périgastrite lacunaire.

Comme on le voit par l'étude de ces observations, la périgastrite lacunaire se traduit cliniquement par une symptomatologie vague, sans aucun signe pathognomonique ; des renseignements fournis par l'interrogatoire des malades on ne tire rien de précis, mais tout fait penser à une gêne douloureuse de l'évacuation gastrique et l'on est obligé d'avoir recours systématiquement à l'examen radiologique pour trouver chez ces malades la véritable cause des troubles pour lesquels ils reviennent consulter.

Toutefois on peut, dans certains cas, relever dans les jours qui ont suivi l'opération, la possibilité de quelques troubles passagers : fièvre, vomissements ; ces phénomènes sont intéressants à noter car ils indiquent qu'il y a eu précocement autour de la bouche des phénomènes infectieux légers amendés mais qui sont peut-être l'amorce de l'inflammation chronique, base, nous le verrons, de la périgastrite lacunaire.

Les troubles vrais et qui peuvent être les premiers se montrent en clinique environ trois mois après l'opération. Les malades se plaignent de malaises gastriques mal systématisés : leurs douleurs sont le plus souvent plutôt quotidiennes que

groupées par crises, l'horaire est en général tardif ; c'est deux à quatre heures après le repas qu'apparaissent une gêne, un poids au creux épigastrique ; parfois une véritable douleur aiguë se manifeste et s'accompagne de vomissements. L'état général devient moins bon, les malades commencent à maigrir.

L'examen physique ne montre rien ; il permet de localiser souvent la douleur, mais cet endolorissement peut être diffus. Très exceptionnellement, on devine sous la paroi une induration pouvant faire penser à un processus plastique sous-jacent.

Mais, comme on l'a remarqué dans les observations, le fait capital est l'image donnée par l'examen à l'écran et mieux par les clichés radiographiques en série. Chez tous les malades, cette image reste semblable à elle-même et absolument caractéristique. On aperçoit sur la grande courbure autour de la bouche de G.-E., une *image lacunaire large* et *arrondie*. Ses bords sont toujours *flous*, *floconneux*, *déchiquetés* et comme *grignotés*, *irréguliers*, jamais nets *ni linéaires* ou *taillés à l'emporte pièce*. L'anse efférente anastomotique apparaît dans ce halo sous forme d'une ombre opaque dont les bords sont eux-mêmes plus ou moins nets ou flous selon que ce processus de périgastrite l'a elle-même atteinte ou respectée. L'évacuation gastrique par la bouche n'est pas en effet uniformément troublée. La radioscopie montre comment l'anastomose fonctionne, pas du tout dans certains cas, à peu près bien dans d'autres et parfois normalement.

A l'opération on trouve un estomac libre de toute adhérence pariétale. Mais autour de la bouche de G.-E. on aperçoit un magma d'adhérences plus ou moins serrées, plus ou moins développées et pouvant atteindre de leurs brides les anses grêles voisines qu'elles coudent et peuvent même étrangler.

* * *

Evolution. — Que deviennent ces malades ? Leur avenir est évidemment lié au degré de gêne d'évacuation causée par le processus inflammatoire sur la bouche et sur l'anse efférente. Parfois cette complication est bénigne et les malades guérissent par le régime alimentaire et des séances de diathermie prolongées. De plus l'administration de la belladone à doses progressives exerce souvent une action bienfaisante à cause des spasmes surajoutés.

D'autres fois les cas sont plus graves ; les malades souffrent continuellement, ne peuvent plus s'alimenter, maigrissent notablement et perdent leurs forces. Bien entendu ces cas livrés à eux-mêmes auraient tendance à s'aggraver et des accidents tels que obstruction, adhérences multiples étranglant des anses intestinales, etc., ne tarderaient pas à éclater. Mais on ne laisse pas les choses aller jusque-là : la réintervention avec libération des adhérences, au besoin une pyloroplastie ou une gastro-entérostomie en territoire sain en cas de non fonctionnement de la bouche, amènent la guérison, comme l'illustre si bien l'observation de notre malade n° I.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Le diagnostic de cette affection est, nous venons de le voir, surtout radiologique. En effet l'interrogatoire et l'examen physique nous donnent peu de renseignements.

En pratique un ancien ulcéreux porteur d'une G. E. recommence à souffrir : la clinique fait supposer que l'évacuation gastrique est gênée ; la radiologie montre des anomalies du côté de la bouche. On peut penser :

1° A un ulcus peptique de la *bouche* de gastro-entérostomie ;

2° A un ulcus peptique de l'*anse* anastomotique ;

3° A un envahissement de la bouche par une cancérisation venue de l'ancien ulcus transformé ;

4° A des adhérences multiples, banales, à point de départ quelconque et venant toucher la nouvelle bouche ;

5° A des brides qui, sans atteindre la bouche, viennent à distance toucher l'anse jéjunale efférente ;

6° A la périgastrite lacunaire enfin.

Comment les différencier ? On s'en rendra compte

en comparant aux observations relatées plus haut, les cas suivants :

I. *Ulcus peptique de la bouche de gastro-entérostomie.* — Un fait intéressant est que l'ulcus de la *bouche* de G.-E peut donner radiographiquement un aspect très comparable à celui de la périgastrite lacunaire par adhérences. Il faut faire intervenir sans doute dans la formation de cette image les modifications de la muqueuse et des parois gastriques autour de l'ulcus.

Voici une observation d'un tel cas :

H. E..., 49 ans. Opéré le 7 novembre 1924 pour ulcus duodénal : G.-E. Suites opératoires normales. Le malade sort de l'hôpital au bout de vingt-huit jours, avec un bon état général et sans aucune douleur.

En février 1925, il recommence à souffrir : douleurs légères diffuses dans l'abdomen avec prédominance à l'hypochondre gauche, dans une zone qui pourrait correspondre à la bouche de G.-E. Ces douleurs, sans durée fixe, surviennent quatre à cinq heures après les repas. Le carbonate de chaux les calme immédiatement. Elles surviennent irrégulièrement et sont séparées par des intervalles d'accalmie de quelques jours. Pas de température; pas de vomissement, mais constipation légère. En mars 1925, le malade subit une intervention légère pour éventration, puis il se porte tout à fait bien.

En septembre 1925, il est repris par des douleurs tardives, cette fois plus intenses, et survenant par *crises* durant quinze à vingt jours, avec intervalles ne dépassant jamais

un mois. Ces douleurs surviennent parfois le matin, mais le plus souvent la nuit cinq à six heures après le repas. Le malade insiste sur le caractère de ces douleurs qui sont totalement différentes de celles qu'il ressentait avant son opération : il éprouve vers 2 heures du matin dans l'hypochondre gauche une *douleur aiguë*, *très vive*, très intense qui l'oblige à se courber et qui dure quelques secondes, puis subitement elle disparaît spontanément : « c'est comme s'il s'agissait, dit-il, d'une boule qui s'engagerait dans un passage difficile et, une fois l'obstacle franchi, la douleur cesse ». Et le phénomène recommence plusieurs fois à quelques minutes d'intervalle.

Le traitement médical n'ayant produit aucune amélioration, et le malade perdant toujours du poids, on se demande s'il ne s'agirait pas d'un ulcus peptique.

La radioscopie (décembre 1925) (Ledoux-Lebard et Garcia-Calderon) montre un estomac en J. A l'examen frontal on ne voit pas l'anse anastomosée. En oblique il existe en arrière de l'estomac une anse grêle partiellement injectée de gélobarine. Le péristaltisme est très énergique et, quoiqu'il existe un léger degré de dilatation prépylorique, les ondes n'aboutissent pas au début à provoquer l'évacuation pylorique. Cet aspect persiste pendant la première moitié de l'examen, le fonctionnement de la bouche paraissant se faire avec difficulté. Vingt minutes après le début de l'examen, l'évacuation gastrique est avancée. Le bulbe duodénal est visible : il est allongé, étroit, et paraît présenter une encoche sur son bord externe. Les anses grêles sont remplies de gélobarine et forment une masse d'ombre dans la fosse iliaque gauche. En résumé, *anastomose fonction-*

nant lentement; évacuation pylorique conservée. Pas de signe radiologique direct d'ulcus peptique.

Les radiographies en série montrent une image lacunaire extrêmement voisine de celle de la périgastrite lacunaire par adhérences et l'on pense qu'il doit s'agir d'un de ces cas. Il existe pourtant au milieu de la plage claire une tache qui évoque l'idée d'un ulcus sans qu'on ose l'affirmer.

Opération : Le malade est opéré le 27 novembre 1926 par M. le Pr Gosset. On trouve un ulcus peptique siégeant sur la bouche de G.-E., la rétrécissant nettement et *sans adhérences*. Mais la paroi gastrique autour de la bouche a perdu de sa souplesse et donne au doigt une impression cartonnée.

II. *Ulcus peptique de l'anse efférente.* — M. H..., opéré pour sténose pylorique. G.-E. Revient parce qu'il souffre par *crises périodiques* avec intervalles de repos variables. La crise se traduit par une violente douleur dans le bas-ventre survenant tardivement et avec vomissements. La durée de la crise est de quelques jours pendant lesquels le malade, au paroxysme de la douleur, se tord dans son lit, ne se calmant qu'imparfaitement par des compresses chaudes. Ne s'alimente plus. Puis tout disparaît : il reprend sa vie normale jusqu'à l'apparition d'une nouvelle crise.

La radiographie (fig. 2) montre très nettement sur l'anse efférente la niche très caractéristique de l'ulcère peptique.

Nous reproduisons d'autre part (fig. 3) une autre très belle radiographie d'ulcus peptique concernant

un malade de la consultation de gastro-entérologie du service de M. le Pr A. Gosset et sur laquelle on voit les plis de la muqueuse intestinale converger vers l'ulcère, comme on le voit quelquefois sur des ulcères de l'estomac. Ces images sont absolument typiques.

III. *Cancer de la bouche.* — C... est opéré le 11 juin 1924 par M. le Pr Gosset pour un ulcus de la petite courbure haut situé, très adhérent en arrière et pour lequel on ne pouvait envisager une résection même en deux temps. G.-E. Quelques mois après le malade revient consulter parce qu'il perd ses forces, maigrit beaucoup et a une gêne douloureuse sous-costale gauche constante. Mélœna.

La radioscopie (Ledoux-Lebard et Garcia-Calderon) montre une petite courbure régulière sans trace appréciable de l'ancien ulcus. Par contre le bas-fond gastrique est le siège d'une *image lacunaire* de la dimension d'une demi-orange. Ses bords sont polycycliques et semblent se continuer sur les faces gastriques par des taches claires, tranchant sur l'opacité de la baryte. La palpation montre une diminution de la mobilité du bas-fond gastrique avec douleur à ce niveau. L'anse anastomotique ne paraît pas se remplir par le fonctionnement de la bouche de G.-E. mais plutôt par les passages pyloriques qui sont très aisés.

Les clichés en série viennent confirmer ces données. Ils montrent (fig. 4) sur la grande cour-

bure un *aspect lacunaire* dont il est capital de noter la différence avec l'image de la périgastrite lacunaire : ici il y a une perte de substance *nette*, *complète*, *sans aspect flou ;* les bords de cette échancrure sont caratéristiques : *ils sont linéaires et comme dessinés au compas.*

Le diagnostic de cancer secondaire de la bouche fut posé et confirmé par l'opération (M. le Pr Gosset).

IV. *Périgastrite diffuse.* — D. P. opéré en province en mars 1924 pour ulcère perforé du duodénum. G.-E. Grosse amélioration du côté de l'estomac jusqu'en janvier 1925. Puis le malade fait une péritonite et une pleurésie droite très vraisemblablement tuberculeuses.

Ensuite il recommence à souffrir : douleurs légères à l'épigastre une heure après les repas, calmées par l'ingestion d'aliments. Le traitement par rayons X ne donne aucun résultat. L'intervention est alors jugée nécessaire et l'on procède à la libération des adhérences dans une autre ville de province.

En septembre 1925, apparaissent des douleurs périodiques, tardives, localisées à l'épigastre. La radiographie révèle un ulcère de la petite courbure. Le malade est opéré pour la troisième fois.

En janvier 1926, reprise des douleurs : violentes, intenses, continuelles, sans intervalles libres à l'hypochondre droit. En juillet 1926, il est opéré d'urgence avec la diagnostic de perforation : l'exploration des faces antérieure et postérieure de l'estomac ne

montre aucune perforation ; la bouche de G.-E. est normale, mais par contre on trouve de très *nombreuses adhérences diffuses* : section, réfection de la paroi en trois plans après résection du tissu cicatriciel. Cure de l'éventration. Bonnes suites opératoires ; le malade guérit très bien et reprend assez vite des forces.

Il vient pour la première fois à la consultation de gastro-entérologie de la Salpêtrière en octobre 1926 pour un syndrome tardif avec irradiations vers le dos.

La radiographie (fig. 5) montre un estomac *déformé*, *tiraillé*, *déchiqueté*, avec des empreintes d'adhérences multiples étendues sur la grande courbure et sur les faces gastriques, les déformant partout. L'ombre gastrique apparaît tiraillée ; il n'a pas ici de lacune, mais la grande courbure est au contraire attirée vers le bas et l'image de l'estomac paraît pénétrée par des plages blanches marquant la place des adhérences sur la paroi.

Il s'agit donc ici d'une périgastrite diffuse comme on peut la voir chez tous les malades opérés plusieurs fois ou des chez malades atteints d'une péritonite chronique, bacillaire par exemple. Cette inflammation est née *autour de l'estomac*, mais non spécialement autour de la bouche de G.-E... Ce n'est que par hasard qu'elle peut venir toucher l'anastomose ; elle se distingue donc bien par son origine, par son étendue et aussi par ses moindres facilités opératoires, de la périgastrite lacunaire localisée.

V. *Brides sur l'anse efférente.* — Dans certains cas la radiolagie permet de soupçonner l'existence de brides sur l'anse efférente mais il est extrêmement difficile d'affirmer avec certitude des lésions sur l'intestin grêle dont les images sont très délicates à interpréter. C'est dans ces cas qu'il paraît recommandable de se servir d'une technique étudiée depuis plusieurs mois par M.M. R.-A. Gutmann, G. Calderon et Jahiel, et signalée à la Société de gastro-entérologie (séance du 8 nov. 1926).

Cette méthode consiste à faire passer la sonde d'Einhorn dans la bouche de G.-E. et de permettre ainsi une distension barytée locale de l'anastomose. Le gros intérêt de cette application réside dans la suppression de l'image gastrique d'une part, des passages pyloriques d'autre part qui, dans le cas de l'examen radiologique ordinaire, empêchent souvent de discerner, d'une façon exacte, la morphologie et le mode de fonctionnement de la bouche.

Nous reproduisons deux clichés de bouche de G.-E. pour lesquels nous nous sommes servis de cette méthode. Il s'agissait d'un malade chez lequel radiographiquement par la méthode ordinaire on voyait une anse efférente très dilatée formant une tache de la grosseur d'une noix environ, tout de suite après la région présumée de la bouche (fig. 6). Continuant cette ombre, l'anse jéjunale semble présenter une zone rétrécie avec un coude. Pour interpréter cette image, on a injecté de la baryte

directement dans l'anastomose par la sonde d'Einhorn. On s'aperçut alors que cette grosse tache était constituée en réalité non par une dilatation mais par une boucle intestinale dont on aperçoit sur les clichés le centre clair (fig. 7). Après l'avoir franchie la baryte accuse un temps d'arrêt dans son cheminement avec une coudure (fig. 8), mais passe après un moment. On conclut qu'il n'y a pas d'obstacle sur l'anse efférente.

* * *

Résumé du diagnostic. — En somme, l'*ulcus peptique de la bouche* se traduit cliniquement par des douleurs à type de crises, avec troubles de l'évacuation gastrique constatés radioscopiquement. Il peut radiographiquement ne pas donner d'image spéciale ; il peut se traduire par une niche ; *il peut enfin simuler de très près l'image de la périgastrite lacunaire.*

L'*ulcus peptique* de l'anse s'annonce par l'acuité de ses douleurs tardives, leur caractère plus ou moins périodique et rythmé par les repas. Il s'affirme, non exceptionnellement, par *une niche* visible à la radiographie.

La cancérisation se soupçonne par l'atteinte de l'état général, l'amaigrissement plus marqué, l'anémie, la présence de sang dans les selles, parfois trop tardivement par une tumeur palpable. Elle s'affirme par la radiographie qui montre au niveau

de la bouche *une lacune à bords, en général, polycycliques, mais toujours nets.* Cette image est immuable, la pression et la distention gastrique ne font pas varier la forme de la paroi envahie et indurée.

La périgastrite diffuse à adhérences multiples est souvent une complication redoutable parce qu'elle récidive après le traitement chirurgical et que médicalement on est à peu près désarmé contre elle. De telles adhérences peuvent, par leur extension, venir toucher la région de la bouche d'une G.-E. La radiologie les distingue aisément de la périgastrique lacunaire : elles sont en effet étendues sur une portion plus ou moins vaste de la grande courbure et des faces. Elles les déforment partout où elles les touchent au lieu d'être centrées par la bouche de G.-E. D'autre part elles tiraillent, rongent l'ombre gastrique, mais n'ont pas tendance à la creuser en une région : la grande courbure garde sa forme générale. Par ces caractères elles se distinguent de la lacune localisée de la périgastrite.

La périgastrite lacunaire enfin touche moins l'état général que le cancer ; les douleurs irrégulières et non périodiques sont moins vives que dans l'ulcus peptique. La radioscopie montre une lacune à bords flous, mais celle-ci *n'est pas immuable.* Elle peut souvent s'effacer, sous la pression du contenu gastrique comprimé à la main. Elle se reforme dès que la pression cesse ; elle est en effet due au matelassage d'un point limité de l'estomac par des

adhérences qui n'ont pas l'inflexibilité du tissu cancéreux. La radiographie prend une importance capitale dans ce diagnostic. Elle montre bien mieux encore les caractères de cette lacune à bords floconneux et imprécis qui s'opposent aux bords nets et tranchés de la lacune néoplasique. Radiographiquement *le cancer coupe l'ombre*, *la périgastrite l'effrite*.

CHAPITRE IV

Pathogénie de la périgastrite lacunaire.

Rôle de l'infection en pathologie gastrique. — La nature de la périgastrite est vraisemblablement infectieuse.

On sait bien actuellement le rôle de l'infection dans les poussées évolutives de l'ulcus et dans les complications post-opératoires générales. Tous les travaux récents confirment pleinement ces vues.

Il est nettement établi qu'aux paroxysmes cliniques de l'ulcère, répondent des poussées infectieuses dont témoignent l'anatomie pathologique et la bactériologie. Sur les ulcères au repos, il n'y a pas d'infection agissante ; l'infection active se découvre au contraire dans beaucoup de cas où les remaniements inflammatoires sont importants et mettent en évidence un changement dans l'intensité de l'évolution. Les hémorragies, les périgastrites, les perforations témoignent d'une infection parallèle aux grands paroxysmes douloureux, fébriles ou non, et aux états de souffrance avec réaction leucocytaire. Il est aisé de comprendre maintenant comment, après les opérations, peuvent survenir des périgastrites suppurées, des infections

pulmonaires à propos desquels Razemon a si remarquablement montré le rôle du péritoine dans la résorption microbienne.

Rôle de l'infection dans la pathologie aiguë des bouches de G.-E. — En ce qui concerne plus spécialement les bouches de G.-E., les lésions inflammatoires ont été déjà signalées incidemment autour d'elles, par plusieurs auteurs : M. Ricard en 1908, par exemple, décrit de « légers exsudats autour de l'anastomose avec relâchement du surjet séro-séreux ». M. Tuffier, 1913, dit : « nous n'avons observé qu'un seul fait typique de circulus vitiosus, en dix ans de chirurgie gastrique ; nous avons trouvé des adhérences dont la rupture suffit pour obtenir la guérison des malades ». M. Gosset a observé assez fréquemment de semblables adhérences dans des cas de circulus vitiosus. Plus récemment encore MM. Delore, Creyssel et Rougemont d'une part, MM. P. Duval, Roux, Gatellier et Moutier d'autre part ont consacré à l'infection des bouches de G.-E. des travaux importants. De toutes ces recherches il résulte un fait capital, c'est le rôle joué par l'infection dans la formation de ces lésions. Tous ces auteurs, n'étudiant que les manifestations infectieuses précoces post-opératoires, notent l'existence, lors de la nouvelle laparotomie, d'adhérences inflammatoires au voisinage de la bouche anastomotique unissant les anses voisines ou collant l'anastomose à la paroi. MM. Delore, Creyssel et Rougemont citent deux cas absolument typiques de circu-

lus vitiosus observés dans ces dernières années : la réintervention a montré des lésions inflammatoires péritonéales localisées au voisinage de la bouche, expliquant son non fonctionnement et les accidents consécutifs.

La guérison de ces deux malades fut obtenue par une nouvelle G.-E. en territoire sain. Les auteurs concluent en appelant ces faits pseudo-cercles vicieux et en invoquant pour eux une modalité particulière de réaction péritonéale post-opératoire. De même MM. P. Duval, Roux et Moutier démontrent nettement la septicité des parois gastriques et des lymphatiques péri-gastriques dans certains ulcères chroniques gastro-duodénaux. Cette notion est très importante à connaître car elle explique les complications immédiates ou tardives qui suivent une G.-E. On comprend maintenant comment des phénomènes septiques peuvent s'installer à la suite d'une G. E. autour de la bouche anastomotique et créer des désordres plus ou moins graves, des lésions inflammatoires précoces ou tardives génant le fonctionnement de l'anastomose et pouvant même l'obstruer.

Rôle de l'infection dans la création de la périgastrite lacunaire. — La périgastrite lacunaire vient se placer naturellement dans le même groupe de faits. Certes il s'agit d'une inflammation moins aiguë ; les symptômes ne sont pas alarmants et le chirurgien n'a pas la main forcée. Mais l'infection est atténuée, les lésions se constituent lentement et

l'on conçoit qu'il puisse se former un magma d'adhérences réalisant le syndrome que nous décrivons.

Il est possible que c'est aussi à un processus infectieux que ressortissent les lésions de la paroi gastrique, amenant son épaississement, autour d'un ulcus peptique de la bouche de G.-E., et donnant, comme nous l'avons vu, à la main une impression cartonnée et à la radiographie une lacune. Ce sont là des faits très intéressants qui demandent à être encore étudiés, et sur lesquels nous n'insisterons pas, car ils sortent du cadre de cette étude, limitée à la périgastrite par adhérences.

Il reste à connaître les agents microbiens en cause ; mais là, comme dans la plupart des épiploïtes, la question n'est pas encore élucidée. On a essayé dans les laboratoires de la clinique de la Salpêtrière de cultiver plusieurs fois des fragments d'adhérences broyés aseptiquement, mais les résultats ont été jusqu'ici négatifs.

CONCLUSIONS

I. La périgastrique lacunaire est caractérisée par un processus inflammatoire atténué qui évolue autour des bouches de gastro-entérostomie donnant un ensemble de signes qui permettent de lui accorder une individualité nosologique.

II. Ces lésions, localisées à l'anastomose, créent, chez les malades qui en sont porteurs, des troubles réalisant un tableau clinique faisant toujours penser à une gêne de l'évacuation.

III. Elles se présentent en radiologie avec un aspect et des signes spéciaux.

IV. Nous avons tenu, dans ce travail, à insister sur les caractères essentiels de ce syndrome :

a) Sa date d'apparition clinique relativement tardive (quelques mois au plus tôt après l'intervention).

b) Son diagnostic différentiel qui se pose :

1° Avec l'ulcus peptique de la bouche de G.-E. qui peut donner radiographiquement une image très semblable.

2° Avec d'autres complications qui, elles, sont aisément diagnosticables ;

L'ulcère peptique de l'anse efférente.

Le cancer de la bouche de G.-E.

La périgastrite diffuse.

Les brides éloignées de l'anse efférente.

c) La facilité de ce diagnostic dans ces quatre derniers cas, grâce à la netteté des images radiographiques obtenues par les techniques modernes.

Vu : le Président de la thèse,
GOSSET.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE.

LÉGENDE DES RADIOS

Fig. 1 Périgastrite lacunaire.

Fig. 2 Ulcus peptique de l'anse.

Fig. 3 Ulcus peptique de l'anse. On voit les replis de la muqueuse converger vers l'ulcère.

Fig. 4 Cancer de la bouche de gastro-entérostomie.

Fig. 5 Périgastrite diffuse banale d'origine épiploïque (chez un ancien ulcéreux avec gastro-entérostomie, opéré plusieurs fois pour adhérences récidivantes).

Fig. 6 Image faisant penser à une distension de l'anse anastomotique efférente

Fig. 7 Exploration duodénale (Méthode de R.-A. Gutmann, G. Cadéron et Jahiel). — On voit que ce qu'on prenait pour une anse dilatée n'est en réalité qu'une boucle de l'anse efférente.

Fig. 8 Même malade. Nouveau cliché pris quelques minutes après et plus à gauche du malade. On voit que la boucle s'est déroulée.

NOTA

La figure n° 8 a été mal orientée en page. Elle doit être regardée en plaçant à gauche du lecteur la partie qui est actuellement en haut.

SCHÉMAS

Fig. 9 Périgastrite lacunaire.
Fig. 10 Cancer de la bouche.
Fig. 11 Ulcus peptique de l'anse.
Fig. 12 Périgastrite diffuse banale.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 1.

Fig. 5.

Fig. 6.

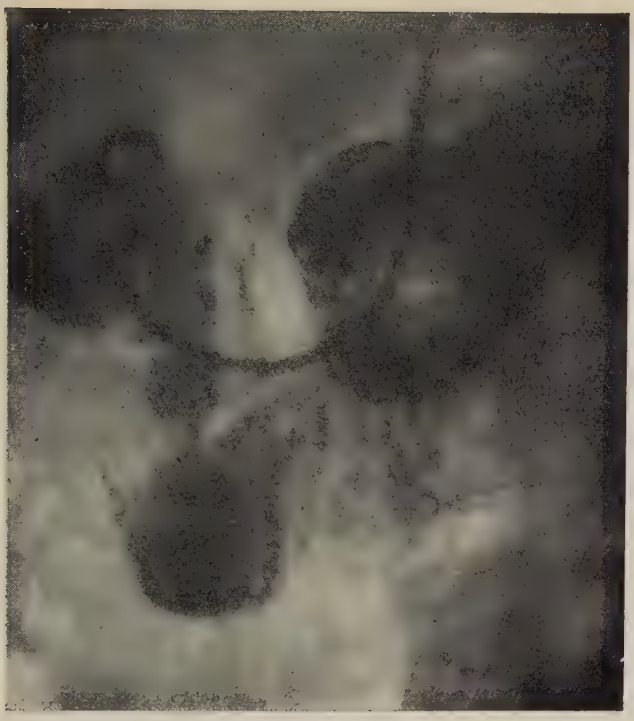

Fig. 7.

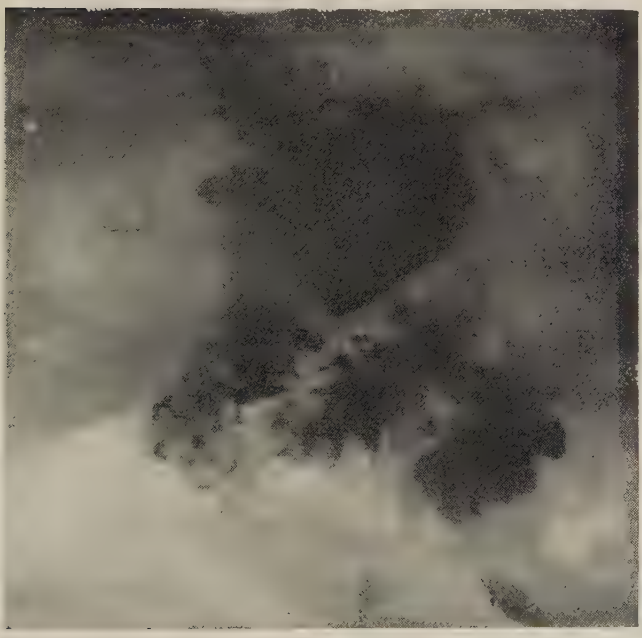

Fig. 8.

Fig. 9. Fig. 10. Fig. 11. Fig. 12.

BIBLIOGRAPHIE

Gosset (*A.*). — L'ulcère peptique du jejunum après gastro-entérostomie (Revue de Chirurgie, 1906, tome XXXIII).

— L'ulcus peptique du jejunum (Presse Médicale, 18 août 1906).

Tuffier. — Traité de Chirurgie.

Lœvy (*G.*). — Les fistules jejuno-coliques. Thèse de Paris, 1921.

Duval (*P.*), *Roux*, *Moutier*. — De la septicité des parois gastriques et des lymphatiques périgastriques dans certains ulcères chroniques gastro-duodénaux. Importance de cette notion au point de vue des suites opératoires et des indications thérapeutiques (Société de Chirurgie Paris, 23 mai 1923).

Razemon. — Complications pulmonaires après interventions sur l'Estomac. Thèse de Lille, 1924.

Delore, *Creyssel*, *Rougemont*. — Sur 2 modes larvés de réaction péritonéale en chirurgie gastrique (circulus vitiosus et dilatation aiguë de l'estomac) (Revue de Chirurgie, juin 1925).

Duval (*P.*), *Roux*, *Gatellier*, *Girault*, *Moutier*. — Le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères chroniques gastro-duodénaux(Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition, janvier 1926).

Duval (*P.*). — Relation entre l'état infectieux des parois gastriques (Société de Chirurgie, 13 mars 1926).

Hartmann. — Chirurgie de l'Estomac, 1926.

Gutmann (*R.-A.*). — Les diverses complications des bouches de G.-E. (Comptes rendus de la Société de Gasstro-entérologie, 8 nov. 1926 ; Arch. des Maladies de l'App. dig., déc. 1926).

Gutmann (*R.-A.*) *et Jahiel*. — Périgastrite lacunaire des G.-E. (Presse Médicale, 20 nov. 1926).

7402 - Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris - 12-1926